

NOMBRE: **Cuestionario de Autodiagnóstico en Materia de Protección Civil (Programa Interno)**

Ciudad de México, a **de** **de**

Director(a) de Protección Civil
Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de Registro, control y seguimiento de solicitudes de trámites ante Ventanilla Única, el cual tiene su fundamento en el artículo 39 fracción VII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; el artículo 124 fracción II, VII del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal; el Acuerdo por el que se establecen procedimientos únicos para la atención de trámites y servicios; el Acuerdo por el que se establecen las atribuciones de las Ventanillas Únicas Delegacionales; y el Manual de trámites y servicios al público del Distrito Federal, cuya finalidad es la finalidad es dar curso a las solicitudes que ingresan a la ventanilla única delegacional hasta su resolución final, y podrán ser transmitidos a la CDHDF, CGDF, ASCM, INFODF, y a los demás órganos jurisdiccionales en cumplimiento a los requerimientos que en el ejercicio de sus atribuciones realicen, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá completar los requisitos del trámite correspondiente para solicitar la Cuestionario de Autodiagnóstico en Materia de Protección Civil (Programa Interno).

Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

El responsable del Sistema de datos personales es _____, Coordinador de Ventanilla Única Delegacional, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en la Unidad de Transparencia ubicada en la Plaza de la Constitución N°1, planta baja. Colonia Tlalpan Centro, C.P. 14000, Delegación. Tlalpan, México, Distrito Federal, Tel. 55730825 y correo oip.dp.tlalpan@gmail.com

El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5636-4636; correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx owww.infodf.org.mx"

DATOS DEL INTERESADO (Persona física)

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Nombre (s)

Apellido Paterno Apellido Materno

Identificación Oficial Número / Folio R.F.C

(Credencial para votar, Pasaporte o Cédula Profesional, etc.)

Calle No. Exterior No. Interior C.P.

Colonia Delegación Teléfono Correo

En su caso

Documento con el que acredita la situación migratoria y estancia legal en el país

Fecha de vencimiento Actividad autorizada a realizar

DATOS DEL INTERESADO (Persona moral)

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios, en caso de ser persona moral.

Denominación o razón social

Calle No. Exterior No. Interior

Colonia Delegación C.P. R.F.C

Teléfono Correo

Acta Constitutiva o Póliza

Número o Folio del Acta o Póliza Fecha de otorgamiento

Nombre del Notario o Corredor Público

Número de Notaría o Correduría Entidad Federativa

Inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio

Folio o Número Fecha Entidad Federativa

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, PROMOVENTE O POSEEDOR

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios en caso de actuar en calidad de representante legal, promovente o poseedor.

Nombre (s)

Apellido Paterno Apellido Materno

Identificación Oficial Número / Folio

Nacionalidad

Instrumento o documento con el que acredita la representación

Número o Instrumento Notarial Nombre del Notario, Corredor Público o Juez

Número de Notaría, Correduría o Juzgado Entidad Federativa

Folio y fecha de Inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio

DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Calle No. Exterior No. Interior

Colonia Delegación C.P

Teléfono Correo electrónico para recibir notificaciones

Persona autorizada para oír y recibir notificaciones y documentos

Nombre (s) _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

SECCIÓN I. GIRO O ACTIVIDAD

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios. Marque con una X la opción que corresponda a su empresa, industria o establecimiento.

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Servicios de Salud | <input type="checkbox"/> | Centro Religioso | <input type="checkbox"/> | Restaurante | <input type="checkbox"/> | Laboratorio | <input type="checkbox"/> |
| Centro Educativo | <input type="checkbox"/> | Edificio Público | <input type="checkbox"/> | Casino | <input type="checkbox"/> | Gasolinera | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Cuidado Infantil | <input type="checkbox"/> | Hospital | <input type="checkbox"/> | Parque de Atracciones | <input type="checkbox"/> | Gasera | <input type="checkbox"/> |
| Centro Deportivo | <input type="checkbox"/> | Cine | <input type="checkbox"/> | Museo | <input type="checkbox"/> | Fabrica | <input type="checkbox"/> |
| Centro Cultura | <input type="checkbox"/> | Teatro | <input type="checkbox"/> | Edificio de Oficinas | <input type="checkbox"/> | Mina | <input type="checkbox"/> |
| Centro Recreativo | <input type="checkbox"/> | Hotelería | <input type="checkbox"/> | Estadio | <input type="checkbox"/> | Panadería | <input type="checkbox"/> |
| | | Bar, Centro Nocturno | | Almacén de Sustancias Peligrosas | | Sucursales de Empresas (Bancos, Tiendas de Convivencia, Pizzerías, Panaderías, etc.) | |

Otro: _____

Nombre y número de la actividad

Según la clasificación mexicana de actividades y productos del INEGI, CMAP consultar

<https://www.siem.gob.mx/portalsiem/catalogos/cmap/cmap.asp>

¿La afluencia máxima dentro de su empresa, industria o establecimiento, incluyendo tanto población permanente (empleados, trabajadores, obreros, prestadores de servicios) como población flotante (clientes, alumnos, proveedores) es mayor a 50 personas, en algún momento?

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

¿Su empresa presta servicios a población vulnerable?

En el caso de marcar **SÍ**, mencione el tipo de servicio que presta _____**SECCIÓN II. ACTIVIDADES SUJETAS A ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL**

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios. Marque con una X la opción que corresponda a su empresa, industria o establecimiento.

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|----|-----------------------|----|----------------------------------|----|
| Servicios de Salud | 1 | Centro Religioso | 9 | Casino | 17 | Gasolinera | 25 |
| Centro Educativo | 2 | Edificio Público | 10 | Parque de Atracciones | 18 | Gasera | 26 |
| Centro de Cuidado Infantil | 3 | Hospital | 11 | Museo | 19 | Fabrica | 27 |
| Centro Deportivo | 4 | Cine | 12 | Gimnasio | 20 | Mina | 28 |
| Centro Cultural | 5 | Teatro | 13 | Edificio de Oficinas | 21 | Almacén de Sustancias Peligrosas | 29 |
| Centro Recreativo | 6 | Hostelería | 14 | Estadio | 22 | | |
| Centro Comercial | 7 | Bares, Centros Nocturnos | 15 | Panadería | 23 | Unidad Habitacional | 30 |
| Centro Social | 8 | Restaurante | 16 | Laboratorio | 24 | | |

CROQUIS DE UBICACIÓN Y COLINDANCIAS DE LA EMPRESA, INDUSTRIA O ESTABLECIMIENTO (GOOGLE MAPS)

Latitud _____

Longitud _____



Norte

Especificar el nombre de las calles y datos de orientación necesarios que delimitan el predio donde se localiza el inmueble de interés. (predio donde del que se pretende obtener el Programa Interno) En caso de ser necesario agregue una hoja blanca.

Si marcó una o más actividades significa que su empresa **SÍ** está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**.Si **no** marcó ninguna actividad del listado anterior, deberá marcar la siguiente casilla con una cruz y contestar la **Sección III**

Ninguna de las actividades anteriores corresponde a las actividades que realiza la empresa

SECCIÓN III. POBLACIÓN

*Los datos solicitados en este bloque son obligatorios. Marque con una X en la casilla correspondiente si su empresa, industria o establecimiento se encuentra en alguno de los siguientes supuestos.

¿La afluencia máxima dentro de su empresa, industria o establecimiento, incluyendo tanto población permanente (empleados, trabajadores, obreros, prestadores de servicios) como población flotante (clientes, alumnos, proveedores) es mayor a 50 personas, en algún momento?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿La población de personas limitadas físicamente y/o discapacitadas representa un porcentaje igual o superior al 50% de la población total, entendida ésta como la suma de la población permanente y la flotante?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

Si marcó cualquiera de los recuadros de esta Sección de manera afirmativa, significa que su empresa **Sí** está obligada a presentar el Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de pasar a la **Sección VI**.

En caso contrario conteste la siguiente Sección.

SECCIÓN IV. COLINDANCIAS Y NIVELES DE CONSTRUCCIÓN

*Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

El predio en donde se ubica la empresa, industria o establecimiento, colinda:

| | | |
|-------------|--|---|
| Al norte | (Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento) | Actividad principal (especificar y describir) |
| Al sur | (Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento) | Actividad principal (especificar y describir) |
| Al oriente | (Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento) | Actividad principal (especificar y describir) |
| Al poniente | (Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento) | Actividad principal (especificar y describir) |

Marque dentro de la casilla correspondiente si su empresa, industria o establecimiento se encuentra en alguno de los siguientes supuestos:

Colinda en cualquiera de los lados con alguna empresa, industria o establecimiento que realice alguna o algunas de las actividades enlistadas de en las preguntas de la Sección II de este cuestionario

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

El número de niveles de construcción superiores de su empresa, industria o establecimiento e mayor a cuatro niveles, incluyendo el nivel de la calle

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

El número de niveles de construcción inferiores de su empresa, industria o establecimiento es mayor a dos niveles excluyendo el nivel de la calle

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

Si marcó cualquiera de los recuadros de esta Sección de manera afirmativa, significa que su empresa **Sí** está obligada a presentar el Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**.

En caso de que todas las respuestas de esta Sección sean negativas, conteste la siguiente Sección.

SECCIÓN V. AUTO CALIFICACIÓN DE RIESGO

*Los datos solicitados en este bloque son obligatorios. Marque con una X en la casilla según sea el caso para su empresa, industria o establecimiento

¿Utiliza o utilizará Calderas a una temperatura superior a 60°?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Utiliza o utilizará recipientes sujetos a presión mayor a 4Kg/cm?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Utiliza o utilizará fuentes de radiación ionizantes?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Utiliza o utilizará sustancias explosivas?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de alquilación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de hidrólisis?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de oxidación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de polimerización?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de sulfonación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de aminación por anomio?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de carbonilación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de deshidrogenación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de esterificación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de halogenación?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de fabricación de halógenos?

| | | | |
|----|--|----|--|
| Sí | | No | |
|----|--|----|--|

¿Tiene o tendrá procesos de hidrogenación?

¿Tiene o tendrá procesos de derivados del fósforo?

¿Tiene o tendrá procesos de sulfuración?

¿Fabrica o fabricará plaguicidas?

¿Hace o hará transformaciones de gases productores de energía (LP, GNL)?

En caso que una o más preguntas sean afirmativas, significa que su empresa **Sí** está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**.

En caso de que todas las respuestas de esta Sección sean negativas y en ninguna otra Sección se le remitió a la Sección VI, entonces conteste la **Sección VII**.

SECCIÓN VI. EMPRESAS OBLIGADAS A ELABORAR Y PRESENTAR UN PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL

Llene esta sección en caso de que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

| | |
|--|--|
| Si en la Sección II marcó al menos una actividad del listado | Si en la Sección IV marcó alguno de los recuadros |
| Si en la Sección III marcó alguno de los recuadros. | Si en la Sección V marcó al menos una casilla de las preguntas |

Bajo protesta de decir verdad, afirmo que los datos manifestados en este cuestionario son ciertos y, por lo tanto, de acuerdo

Nombre de la empresa, industria o establecimiento

Si está obligada a elaborar Programa Interno de Protección Civil, debido a las condiciones actuales de riesgo que presenta; dicho programa se deberá tramitar para autorización dentro de los 120 días hábiles siguientes a la presentación de este formato firmado y sellado anexando el Cuestionario de Autodiagnóstico.

Queda de mi conocimiento que la elaboración del Programa Interno de Protección Civil se deberá realizar conforme a los TRSPC-001-PIPC-2016, TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS INTERNOS DE PROTECCIÓN CIVIL emitidos por la Secretaría de Protección Civil de la Ciudad de México y publicados en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

Nombre y Firma del promovente, poseedor, responsable o representante legal

Llene esta sección en caso de que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

| | |
|--|--|
| Si en la Sección II marcó al menos una actividad del listado | Si en la Sección IV marcó alguno de los recuadros |
| Si en la Sección III marcó alguno de los recuadros. | Si en la Sección V marcó al menos una casilla de las preguntas |

Bajo protesta de decir verdad, afirmo que los datos manifestados en este cuestionario son ciertos y, por lo tanto, de acuerdo a esta evaluación

Nombre de la empresa, industria o establecimiento

Si está obligada a elaborar Programa Interno de Protección Civil, debido a las condiciones actuales de riesgo que presenta; dicho programa se deberá tramitar para autorización dentro de los 120 días hábiles siguientes a la presentación de este formato firmado y sellado anexando el Cuestionario de Autodiagnóstico.

Queda de mi conocimiento que la elaboración del Programa Interno de Protección Civil se deberá realizar conforme a los TRSPC-001-PIPC-2016, TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS INTERNOS DE PROTECCIÓN CIVIL emitidos por la Secretaría de Protección Civil de la Ciudad de México y publicados en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México.

Nombre y Firma del promovente, poseedor, responsable o representante legal

SECCIÓN VII. EMPRESAS EXENTAS DE LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL

Llene esta sección en caso de que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

| | |
|---|---|
| Si en la Sección II no marcó al menos una actividad del listado | Si en la Sección IV no marcó alguno de los recuadros |
| Si en la Sección III no marcó alguno de los recuadros | Si en la Sección V no marcó al menos una casilla de las preguntas |

Bajo protesta de decir verdad, afirmo que los datos manifestados en este cuestionario son ciertos y, por lo tanto, de acuerdo a esta evaluación.

Nombre de la empresa, industria o establecimiento

No está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, debido a las condiciones actuales de riesgo que presenta.

Si se realizan cambios futuros que impliquen un mayor riesgo de acuerdo a la normatividad vigente y, por ende, en la información contenida en este Cuestionario de Autodiagnóstico, informaré oportunamente a la Secretaría de Protección Civil de la Ciudad de México y/o **Unidad de Protección Civil Delegacional correspondiente**. Es de mi conocimiento el hecho de que estas autoridades tienen la facultad de verificar los requisitos a cumplir en materia de Protección Civil mediante visitas de verificación física de las instalaciones.

Nombre y Firma del promovente, poseedor, responsable o representante legal

REQUISITOS

1. Formato TTLALPAN_API_CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO debidamente llenado. Original y copia.

FUNDAMENTO JURÍDICO

Ley del Sistema de Protección Civil del Distrito Federal. Artículos 24, 76.

Términos de Referencia para la elaboración de Programas Internos de Protección Civil, TR-SPC-001-PIPC-2016. Sección IV, Capítulo I.- Cuestionario De Autodiagnóstico.

Fundamento legal del costo No aplica

Documento a obtener Oficio de respuesta

Plazo de respuesta Variable

Vigencia del documento a obtener Variable

Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta No aplica

Observaciones del trámite *En caso de que la empresa, industria o establecimiento este obligada a presentar el Programa Interno de Protección Civil deberá entregar el presente Formato junto con los demás requisitos el Programa Interno.

FIRMAS DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL TRÁMITE PARA LA OBTENCIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL (PROGRAMA INTERNO)SOLICITANTE ,PROMOVENTE, POSEEDOR ,
RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL_____
Nombre y Firma

LA PRESENTE HOJA Y LAS FIRMAS QUE APARECEN AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL TRÁMITE PARA LA OBTENCIÓN CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL (PROGRAMA INTERNO) DE FECHA _____ DE _____.

El interesado entregará la solicitud por duplicado y conservará un ejemplar para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Recibió (para ser llenado por la autoridad)

Área _____

Nombre _____

Cargo _____

Firma _____

Sello de recepción**QUEJAS O DENUNCIAS****QUEJATEL LOCATEL** 56 58 11 11, **HONESTEL** 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del Sistema de Denuncia Ciudadana vía Internet a la dirección electrónica

<http://www.anticorruptcion.cdmx.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>